

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921 — N° 262

DE LA
SUTURE DE LA VESSIE
APRÈS LA
PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES-JOSEPH MOREL

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Né à Saint-Christophe-en-Brionnais, le 9 Juin 1890



LYON
LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}
21, Rue Vieille-Monnaie

1921

DE LA
SUTURE DE LA VESSIE
APRÈS LA
PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921 — N° 262

DE LA

SUTURE DE LA VESSIE

APRÈS LA

PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES-JOSEPH MOREL

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Né à Saint-Christophe-en-Brionnais, le 9 Juin 1890



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}

21, Rue Vieille-Monnaie

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENQ Doyen Honoraire.
MM. J. LÉPINE Doyen.
ROQUE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	X...
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Chirurgie infantile	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie.	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORBIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE id.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; BÉRARD, Assesseur ;
MM. PATEL et COTTE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE
LE DOCTEUR J. MOREL

qui fut mon guide dans mes
études et qui sera mon exemple
dans la carrière médicale. Fai-
ble témoignage de ma recon-
naissance et de mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette Thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR CHARLES VIANNAY

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Membre Correspondant national de la Société de Chirurgie

qui m'a indiqué le sujet de cette
Thèse, m'a communiqué ses ob-
servations et m'a toujours ac-
cueilli avec bienveillance Je le
prie d'agréer mes sentiments de
reconnaissance.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Lyon

MM. LE DOCTEUR LECLERC

LE PROFESSEUR TEISSIER

LE PROFESSEUR WEILL

LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND

LE DOCTEUR DELORE

LE PROFESSEUR COMMANDEUR

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Saint-Etienne

MM. LE DOCTEUR LAYRAL

LE DOCTEUR GONNET

LE DOCTEUR VIANNAY

LE DOCTEUR DUJOL

LE DOCTEUR DESCOS

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'idée de fermer la vessie après la prostatectomie est d'application récente.

En effet, jusqu'à ces toutes dernières années, on a toujours laissé la vessie se cicatriser par seconde intention soit après la prostatectomie périnéale, soit soit après la prostatectomie sus-pubienne.

Cette façon de faire qui a paru longtemps s'imposer comme une nécessité ne choquait pas les esprits parce que à cette époque on n'avait pas autant l'habitude des réunions par première intention à la suite des opérations chirurgicales.

Elle a des inconvénients multiples. Les opérés baignent dans l'urine qui souille nécessairement les pan-

sements et le contact de l'urine avec les tissus est la source de complications qui ne sont pas sans gravité : rougeur, folliculise, production de petites pustules qui s'ulcèrent et parfois même infection de la vessie pouvant amener des accidents graves. Cette plaie vésicale livrée à elle-même met d'ailleurs très longtemps à se cicatriser et souvent elle se fistulise.

A l'usage des chirurgiens ont pensé qu'il y avait des progrès à réaliser sur ce point.

Israël (1), l'un des premiers, s'est occupé d'obtenir la réunion par première intention de l'incision vésicale sus-pubienne. Sans faire d'hémostase il suturait primitivement la vessie en la drainant par une sonde à demeure et obtenait d'excellents résultats.

Un peu plus tard, Pierre Duval (2) a visé à une perfection plus grande en cherchant à obtenir la réunion par première intention de la loge prostatique par la suture uretro-vesicale et la réunion par première intention également de l'incision vésicale.

Cette méthode, peut être à tort, ne s'est pas généralisée à cause de ses difficultés de technique opératoire et à cause des aléas qu'elle comporte.

Récemment, Martel, de Saint-Etienne et Maurel ont repris l'idée de la suture primitive après prostatectomie sus-pubienne.

Quelques mois plus tard, Viannay (4), de Saint-

(1) et (2). — Rapport de M. F. Legueu à la Société de Chirurgie. Séances du 4 Juillet et du 14 novembre 1906

(3). — *Loire Médicale*, 15 Septembre 1920. Prostatectomie à ciel ouvert transvésical avec hémostase de la cavité prostatique et suture primitive de la vessie et de la paroi. Trois cas, trois guérisons par première intention. Docteur Maurel

(4). — *Loire Médicale*, 15 Octobre 1920. De la suture primitive retardée après la prostatectomie sus-pubienne en un temps. Docteur Ch. Viannay.

Etienne appliquant à la technique de la prostatectomie sus-pubienne la méthode de la suture primitive retardée des plaies de guerre préconisée par Pierre Duval, a proposé de suturer la plaie vésicale et la plaie hypogastrique dans un temps opératoire spécial aussi rapproché que possible de la prostatectomie : deux ou trois jours suivant le cas.

Antérieurement, Pauchet (1), avait appliqué à la technique de la prostatectomie sus-pubienne la pratique de la suture secondaire des plaies de guerre.

Nous étudierons dans une série de chapitres :

- 1° La suture primitive immédiate après la prostatectomie sus-pubienne.
- 2° La suture primitive retardée.
- 3° La suture secondaire.

(1).— Prostatectomie, fermeture systématique de la plaie sus-pubienne par Victor Pauchet. *La Presse Médicale*, jeudi 27 Décembre 1917

CHAPITRE PREMIER

LA SUTURE PRIMITIVE IMMÉDIATE

Nous donnerons tout d'abord nos observations dans l'ordre chronologique.

OBSERVATION I

De Pierre DUVAL. — Rapport de Legueu dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 4 Juillet 1906.

D..., 56 ans, présente des troubles de la miction depuis plusieurs mois. Le 24 Avril 1906, à son entrée, est en rétention complète avec distention et pisse par regorgement.

Teint pâle, terreux, œdème des membres inférieurs, température 37°5, vessie à l'ombilic.

Les urines sont infectées, polyurie trouble de 3 litres.

La prostate est de dimension moyenne, molle; on sent 4 centimètres d'urètre prostatique à la palpation manuelle. L'hypertrophie porte surtout sur le lobe moyen.

Le malade est soigné par le cathétérisme répété et quelques lavages au nitrate d'argent à 1 pour 1.000.

Le 4 Mai, prostatectomie transvésicale. Position inclinée au maximum. Cystostomie large sur toute la face antérieure de la vessie et faite sans injection de liquide ou d'air dans l'organe. Tampon placé dans le bas-fond pour recevoir l'urine au fur et à mesure qu'elle s'écoule. Pas de sonde urétrale.

Incision circulaire autour du col de la vessie. Les lobes latéraux sont saisis l'un après l'autre avec une forte pince à traction. Un aide ganté élève la prostate par le rectum. Aux ciseaux courbes fermés et au doigt, la prostate est dégagée circulairement, élevée en masse et d'un coup de ciseaux courbes aussi haut que possible, sous la commissure prostatique préurétrale, l'urètre est sectionnée.

La prostatectomie est totale; la voie séminale est sectionnée de chaque côté. La loge prostatique ne saigne pas.

Une sonde urétrale est alors introduite et permet de repérer le bord supérieur de la section urétrale. On procède alors à une suture de la muqueuse vésicale à l'urètre. La suture exacte n'est pas réalisée sur tout le pourtour, mais sur la demi-circonférence antérieure, l'union vésico-urétrale est parfaite. Dans la demi-circonférence postérieure la vessie est suturée à la paroi de la loge prostatique. En arrière, la muqueuse vésicale est unie à elle-même, si bien que la suture a la forme générale d'une raquette à queue postérieure. Sonde à bécuille n° 24 dans la vessie.

Grâce à la suture vésico-urétrale, la loge prostatique est partout recouverte de muqueuse et le nouveau col de la vessie est à peine plus large que l'extrémité de la sonde n° 24.

Suture à 3 plans de toute la paroi antérieure de la vessie. Petit drainage prévésical. Suture de la paroi en unissant la vessie aux muscles par deux points. Sonde urétrale à demeure.

Suites opératoires bonnes : à la 36^{me} heure la température atteint son maximum, 37°8, puis quelques oscillations peu élevées de 37°6 au maximum. Le matin, 36°8. Pouls à 100 le deuxième jour.

Quantité d'urine : Premier jour, 1.000 grammes. Le deuxième jour, 1.200 gr., autant le troisième. Le quatrième jour, plus de 2 litres et la quantité s'élève rapidement à plus de 3 litres.

L'incision sus-pubienne est guérie par première intention.

Le drain est resté 48 heures en place.

La sonde urétrale est laissée 9 jours en place. Au matin du dixième jour, le malade pisso spontanément 400 grammes par l'urètre, puis 200 dans la journée.

Par prudence, on remet la sonde à demeure pour la nuit et à partir du onzième jour, le malade urine complètement par l'urètre trois litres. Les urines sont légèrement troubles. Le cathétérisme, fait après miction, au dix-septième jour, montre un résidu de 200 cm. 3, qui persiste encore après la sortie du malade.

Dans les soins post-opératoires aucun lavage de la vessie et de l'urètre n'a été pratiqué et pourtant, les urines étaient infectées, mais la sonde à demeure drainait parfaitement.

OBSERVATION II

LEGUEU, *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Séance du 14 Novembre 1906.

.....

En signalant ici, dans le courant de cette année, la tentative ingénieuse réalisée par M. Duval, j'avais bien pensé

que cette manœuvre, si heureuse qu'elle eût été, ne pouvait être facilement généralisée. Dans un cas, j'ai cherché à utiliser l'urètre prostatique et pour cela, je taillai dans la prostate deux lambeaux muqueux que j'ai appliqués sur la loge cruentée. Puis, suture vésicale après mise en place d'une sonde à demeure et réunion par première intention.

Guérison plus simple et plus rapide.

OBSERVATION III

Docteur MARTEL. — *Loire Médicale* du 15 Septembre 1920

V... Jean-Pierre, 58 ans, mineur à Sorbiers (Loire), entre à l'hôpital Bellevue le 13 Octobre 1919 pour une rétention d'urine datant de deux jours. Il a été sondé deux fois par son médecin. Le malade reste près d'un mois en observation. Il a quelques mictions spontanées. On pratique d'assez nombreux cathétérismes. Les urines sont troubles. Pas de douleur. La prostate est dure mais uniformément hypertrophiée.

Intervention le 10 Novembre pratiquée par M. Martel suivant la technique indiquée. Enucléation au doigt et aux ciseaux mousses. Hémostase de la loge prostatique. Suture complète de la vessie. Sonde à demeure.

Le lendemain grand frisson : température à 40° qui revient le jour suivant à la normale et ne varie plus.

Jusqu'au 15 Novembre la suture est parfaite. La sonde à demeure fonctionne bien. Au cinquième jour la partie inférieure de la plaie laisse passer quelques gouttes d'urine.

Le 28 Novembre la plaie est complètement sèche. On enlève la sonde : le malade urine facilement. On le garde jusqu'au 18 Décembre en observation : aucun incident. Il part ce jour-là complètement guéri.

OBSERVATION IV

Docteur MARTEL. — *Loire Médicale* du 15 Septembre 1920

K... Louis, 77 ans, armurier à Saint-Etienne, entre à l'hôpital le 5 Décembre 1919, envoyé par M. le Docteur Dujol. Le malade n'a pas uriné depuis 48 heures. Vessie à l'ombilic. Cathétérisme impossible. La prostate est du volume d'une petite mandarine.

Le 6 Décembre, opération par M. le Docteur Martel. Anesthésie rachidienne. Incision sus-pubienne, ouverture transversale de la vessie. Mise en place de l'écarteur et irrigation abondante au protargol. Enucléation de la tumeur. Hémostase. Suture de la vessie rendue plus facile par l'incision transversale.

Le lendemain, la température monte à 38°5, la sonde fonctionne bien ; l'urine s'écoule teintée de sang.

Le 11 Décembre la température est normale ; la fermeture de la vessie reste absolue. L'urine n'est plus sanglante.

Le 17 Décembre, le malade va parfaitement bien. Ablation des fils. Réunion per primam. L'opéré sort de l'hôpital à la fin du mois complètement guéri. La sonde a été enlevée au neuvième jour. Le malade urine normalement.

OBSERVATION V

Docteur MAURÈL, *Loire Médicale* du 15 Septembre 1920.

G..., Jacques, 65 ans, mineur à Firminy, entre le 8 Décembre à l'hôpital pour rétention d'urine datant de 24 heures. On le sondait depuis un mois environ. Hier, le cathétérisme n'a pas été possible, on trouve une grosse vessie remontant jusqu'à l'ombilic. Au toucher, prostate uniformément dure.

Intervention immédiate par le Docteur Maurel.

Les suites opératoires ont été très simples. La température ne s'est pas élevée au-dessus de 38°. Au sixième jour, quelques gouttes d'urine ont mouillé le pansement sans disjoindre les sutures.

Ablation des fils au douzième jour. Réunion complète. Le malade sort de l'hôpital le quinzième jour, complètement guéri. La sonde à demeure a été enlevée le dixième jour et depuis lors, le malade urine normalement.

OBSERVATION VI

Docteur VIANNAY. — (Résumé), *Loire Médicale*, 1921, page 416.

Prostatique-rétentionniste à sa première crise de rétention, apyrétique, à urine claire.

Prostatectomie sus-pubienne en un temps (opérateur Viannay ; aide Maurel) avec incision plan par plan de l'hypogastre et de la vessie.

Enucléation sans incident de l'adénome prostatique. Mise en place de l'écarteur de Legueu. Inspection de la loge prostatique-cruentée : hémorragie veineuse, aucun jet artériel. Mise en place de quelques pinces de Kocher que l'on cherche à remplacer par des ligatures. Cette hémostase est très laborieuse et reste un peu incomplète.

Néanmoins, comme le suintement sanguin est insignifiant, on place une sonde urétrale à demeure et l'on ferme complètement la vessie par une suture en deux plans au catgut. Un faisceau de crin dans la cavité de Retzius. Suture de la paroi hypogastrique en deux plans : un plan musculoaponévrotique au catgut, un plan cutané aux crins de Florence.

Suites : la suture primitive a échoué, la sonde à demeure ayant été fréquemment obturée par des caillots. On dut en-

lever les points de suture vers la fin de la première semaine.

La plaie se cicatrisa par seconde intention, mais la durée de la période de cicatrisation fut néanmoins abrégée.

Dans ces six observations, la suture primitive a été pratiquée chez des malades à qui on avait fait la prostatectomie en un temps. Par conséquent, on avait à faire à des urinaires qui ne se présentaient pas avec les complications graves de la rétention, c'est-à-dire avec des urines purulentes, avec une déficience rénale très accusée, ou avec un état général par trop mauvais.

Il semble que l'on puisse en pratique envisager la suture primitive chez tous les prostatiques qui se présentent dans de très bonnes conditions pour la prostatectomie en un temps. On étudiera donc avec le plus grand soin l'état général et surtout l'état des reins, de la vessie, des urines et l'état de la peau.

On vérifiera la valeur de la fonction rénale. Le dosage de l'urée dans le sang et la recherche de la constante d'Ambard donneront des indications très

utiles : Il est prudent de ne tenter l'intervention que chez des malades dont la constante est voisine de 0.10 et en tout cas inférieure à 0.15, avec une azotémie aux environs de 0.50 et une fonction aqueuse suffisante.

On doit considérer aussi l'état des urines. Il est certain que si les urines sont boueuses, nettement purulentes, fétides ou même sanglantes, la prostatectomie en un temps suivie de suture primitive est absolument contre-indiquée. Mais si les urines sont seulement un peu louches, si la vessie n'a pas été infectée par des cathétérismes répétés et maladroits, pratiqués par le malade lui-même et à plus forte raison si les urines sont claires, on est autorisé à envisager la suture primitive.

Enfin l'état de la vessie et l'état de la peau ont leur importance. On a intérêt à étudier la capacité de la vessie. Certaines vessies ont une capacité très réduite ; aussi, après suture, si pour une raison ou pour une autre, le drainage par la sonde ne s'effectuait pas momentanément, la suture ne pourrait résister à une tension un peu forte de l'urine dans la vessie et ceci serait une contre-indication à la suture.

Quand à la peau, elle doit être saine pour permettre une cicatrisation rapide et une résistance suffisante à l'infection.

Pendant l'intervention, il peut se faire que l'on ne puisse pas se rendre maître de l'hémorragie de la loge, soit par le procédé de Pierre Duval, soit par celui de Martel, et que cette loge continue à saigner.

On devrait alors renoncer à la suture primitive. Dans ce cas, on tamponnerait la loge prostatique pour

quarante-huit heures ou trois jours, et on ferait la suture retardée.

L'observation de Pierre Duval est très intéressante. sa technique est décrite avec suffisamment de détails dans l'observation pour qu'il soit inutile d'y revenir. Il a en somme suturé complètement la vessie à l'urètre, fermé complètement la vessie et obtenu une réunion par première intention en bornant le drainage à une simple sonde à demeure. Il a supprimé par un adossement de muqueuses une cavité ouverte, une surface dénudée saignante et toute prête à l'infection, et il a réussi.

Cependant, son malade était légèrement infecté, puisque ses urines étaient troubles et que son état général n'était pas des plus brillants. On lui avait fait des cathétérismes nombreux.

Nous ne possédons malheureusement pas l'observation du prostatique opéré par Legueu, d'après la méthode de Pierre Duval, où il a utilisé des lambeaux de muqueuse prostatique pour combler la loge, avec suture primitive de la vessie, couronnée d'un plein succès (Bulletin de la Société de Chirurgie du 14 Nov. 1906).

On est surpris qu'après ces deux cas de succès complet, ni Duval, ni Legueu n'aient continué.

Mais comme on le voit dans son observation, la technique de Pierre Duval est assez compliquée.

Martel a simplifié le temps opératoire de la réfection de la loge prostatique. Nous allons exposer brièvement sa technique.

Il fait une anesthésie rachidienne à cause de la lon-

gueur de l'intervention chez des malades, la plupart du temps âgés ou débilités.

Après l'incision sus-pubienne ordinaire, il incise la vessie et met en place l'écarteur de Legueu. Il pratique l'énucléation digitale et instrumentale de la masse adénomateuse. Quand la prostate est enlevée, il fait l'hémostase des plus gros vaisseaux sans se préoccuper, comme Pierre Duval, de l'oblitération de la vaste surface cruentée.

On introduit par l'urètre une sonde dont le bec arrive dans la vessie et que l'on fixe à demeure.

La vessie est alors suturée soigneusement en deux plans, suivant la technique correcte de la suture vésicale. Un petit drain que l'on enlèvera au bout de quarante-huit heures est placé dans la cavité de Retzius. Les plans superficiels sont suturés soigneusement autour de lui.

Dans la journée et les jours suivants, la surveillance de la sonde à demeure est très importante. L'obstruction par un caillot pourrait amener une distension de la vessie et compromettre la réunion.

Pour éviter cette obstruction, il est nécessaire de faire des lavages vésicaux antiseptiques sous faible pression, en injectant quelques centimètres cubes d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 4000 par exemple. Cette pratique a en outre l'avantage de favoriser le drainage et de contribuer à la désinfection de la vessie.

Dans les deux observations de Martel et dans celle de Maurel que nous rapportons, les malades qui furent

traités suivant cette méthode présentèrent des suites opératoires remarquablement simples.

Cependant, ils ne se présentaient pas dans des conditions idéales d'asepsie vésicale. On avait affaire à des rétentionnistes qui s'étaient sondés eux-mêmes.

Chez le premier malade de Martel, les urines sont troubles. Malgré cela, la suture est pratiquée sans qu'il y ait les jours suivants une réaction trop forte. On note simplement le lendemain de l'opération un grand frisson avec température à 40°, mais ces phénomènes ne persistent pas et le surlendemain les troubles infectieux cèdent et la température revient progressivement à la normale.

Le deuxième malade de Martel, bien qu'agé de 77 ans, supporte aussi facilement la suture immédiate de la vessie. Sa température ne dépasse pas 38° 5.

L'observation rapportée par Maurel permet de voir des suites aussi simples, puisque son malade ne dépassait pas 38° et put quitter le service complètement guéri, quinze jours après l'intervention.

Ainsi ces sutures furent faites chez des malades qui ne présentaient pas une vessie complètement aseptique. Les urines étaient troubles. En somme, nous voyons que malgré des conditions un peu défavorables, la suture primitive a donné sur six cas cinq succès complets et un échec de suture primitive qui se termina néanmoins par la guérison du malade.

Cependant, il semble bien que ce procédé ne puisse pas être généralisé, surtout aux urinaires, qui ont un long passé vésical et qui ont une vessie infectée.

De plus, la suture primitive repose sur le principe

de l'hémostase préalable parfaite de la cavité cruentée, laissée vide par l'énucléation du ou des adénomes prostatiques. Or, même après la mise en place de l'écarteur de Legueu, cette hémostase présente de grandes difficultés. On a au fond de la vessie, une cavité profonde dont on arrive difficilement à voir toutes les parois ; l'hémorragie est presque exclusivement veineuse. Même après la mise en place de pinces hémostatiques, il persiste un suintement sanguin et le remplacement des pinces par des ligatures est extrêmement laborieux. L'hémostase est aléatoire.

En outre, c'est une opération longue, donc shockante, et c'est ce qu'on cherche à éviter dans la prostatectomie chez des sujets âgés et plus ou moins affaiblis.

S'il subsiste un suintement sanguin de quelque importance, si l'hémostase se fait mal, il vaut mieux tamponner la loge prostatique et se rabattre sur la suture primitive retardée.

CHAPITRE II

LA SUTURE PRIMITIVE RETARDÉE

La suture primitive retardée peut se pratiquer soit après la prostatectomie en un temps, soit après la prostatectomie en deux temps.

I° — La suture primitive retardée après la prostatectomie en un temps

OBSERVATION I

Docteur VIANNAY. — *Loire Médicale* du 15 Octobre 1920.

Cr.... Jacques, 60 ans, mineur, entre le 31 Mai 1920 dans mon service à l'Hôpital de Bellevue pour une hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine.

Depuis cinq ans environ, le malade est obligé de se relever la nuit pour uriner mais il n'éprouve aucun malaise. Depuis

cinq mois, pollakiurie beaucoup plus accentuée, nocturne (4 à 5 mictions par nuit) et surtout diurne (une miction toutes les heures).

Depuis dix jours rétention absolue ayant nécessité des cathétérismes réguliers; pendant toute cette période le malade n'a pas eu une seule miction spontanée, il a émis seulement de temps à autre quelques gouttes d'urine par regorgement.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital : malgré ses nombreux cathétérismes, l'urine reste claire; température $37^{\circ}4$; langue rose et humide. Au toucher rectal, on sent une prostate volumineuse (petite mandarine) régulièrement hypertrophiée, lisse; le lobe gauche est un peu plus volumineux que le droit.

Intervention le 8 Juin : aide M. Durieu; éthérisation, taille sus-pubienne plan par plan, la distention vésicale ne paraissant pas suffisante pour permettre une taille rapide avec le couteau à transfixion. Enucléation sans incident de deux adénomes prostatiques occupant l'un le lobe droit, l'autre le lobe gauche. On place quatre points de cystostomie, deux sur chaque lèvres de l'incision vésicale, et l'on pratique un tamponnement serré à la gaze de la loge prostatique et de la moitié inférieure de la vessie. Au-dessus du tamponnement dans la moitié inférieure de la vessie on place le tube de Freyer.

Le 5 Juin, on retire le tamponnement. Le suintement sanguin a été insignifiant : la courbe thermique a atteint comme maximum $38^{\circ}5$, le 4 au soir.

Le 7 Juin, j'enlève les quatre points de suture qui suspendent la vessie à la paroi et je pratique la suture de la vessie en un seul plan, au catgut, puis la suture de la paroi aux crins de Florence qui prennent à la fois la peau et le plan musculo-aponévrotique. Au total, deux plans. Sonde à demeure.

Suites favorables : le 13 on enlève deux crins qui commen-

cent à couper la peau et au niveau desquels filtrent quelques gouttes d'urine. Le 21 ablation de tous les crins restants ; la suture cutanée est en partie désunie mais la suture vésicale reste étanche ; le malade est au sec. On maintient encore la sonde à demeure pendant trois semaines.

A la fin de Juillet, le malade quitte l'hôpital, urinant normalement par la verge. Il garde un pansement léger parce que l'épidermisation de son incision hypogastrique n'est pas tout à fait complète.

30 Septembre : on revoit le malade qui revient se montrer. Une fistulette hypogastrique s'est rouverte dans sa cicatrice et laisse passer un peu d'urine la nuit. Le jour, le malade est complètement au sec. Etat général florissant.

OBSERVATION II

Docteur VIANEY.— *Loire Médicale* du 15 Octobre 1920.

Simon Gu..., 76 ans, entre à l'Hôpital de Bellevue le 17 Août 1920 pour une hypertrophie de la prostate, compliquée de rétention chronique.

C'est un petit vieux sec, habituellement bien portant, qui n'a jamais, à ce qu'il me dit, fait une heure de maladie.

Le début de son adénome prostatique remonte à plusieurs années, si l'on en juge par l'apparition des premiers symptômes du prostatisme (pollakiurie nocturne surtout) mais il n'en a jamais été sérieusement incommodé avant ces deux derniers mois, au cours desquels une dizaine de cathétérismes ont été pratiqués.

A l'entrée, l'état général était médiocre, la langue sèche, les urines un peu louches ; la température 38° 2. Au toucher rectal on sent un adénome prostatique de moyen volume.

Sous l'influence du repos au lit et des cathétérismes

réguliers, la rétention s'améliore et la miction spontanée redevient possible, mais il persiste un résidu vésical d'environ 400 grammes. La langue redevient humide et le malade apyrétique.

Intervention le 7 Septembre 1920 : Aide M. Sabot.

Après distension de la vessie à l'eau stérilisée, je pratique sous anesthésie locale (alocaïne Lumière) une petite taille hypogastrique, en incisant au bistouri, plan par plan ; puis, sous-anesthésie générale, au chlorure d'éthyle, j'énucleé deux adénomes prostatiques dont l'un occupe le lobe gauche et l'autre plus volumineux et très adhérent, le lobe droit, ce dernier faisant, dans la cavité vésicale, une saillie assez marquée sur la lèvre droite du col.

Lavage de la vessie à l'eau chaude. Tube de Freyer, sans tamponnement de la loge prostatique.

Dans la soirée, une hémorragie assez abondante se produit : M. Sabot pratique un tamponnement de la vessie par l'intérieur du tube de Freyer. Sérum, huile camphrée, etc.

Le 9 Septembre, l'hémorragie ne s'est pas reproduite, mais la température s'est élevée progressivement depuis l'opération, jusqu'à 39° hier au soir ; la langue est sèche et rôtie. Malgré cela, je pratique ce matin la suture primitive retardée, après mise en place d'une sonde à demeure par laquelle je lave abondamment la vessie à l'eau oxygénée.

La vessie lavée, je pratique une suture en deux plans : 1° deux points au catgut, prenant un peu du plan musculaire et toute la paroi de la vessie ; 2° un plan de suture aux crins de Florence, prenant la peau et le feuillet antérieur de la gaine du grand droit. Entre ces deux plans on interpose un faisceau de crins.

Dès le soir de cette intervention, se produit une chute de la température qui en trois jours redescend au-dessous de 37° 5 définitivement.

Le sixième jour le faisceau de crins fut retiré en même temps que deux crins de la suture. Le reste des crins fut enlevé le treizième jour. A plusieurs reprises on a dû changer la sonde à demeure qui s'était bouchée.

Le 28 Septembre, soit trois semaines après la prostatectomie on supprime la sonde. Dès lors, le malade urine normalement par la verge. La vessie est complètement fermée et au niveau de l'incision hypogastrique, il ne persiste plus qu'une petite surface bourgeonnante que l'on touche au crayon de nitrate d'argent.

OBSERVATION III

Docteur VIANNAY. — (Inédite).

D... Thomas, 72 ans, cultivateur à Saint-Paul-en-Chalençon (Haute-Loire), rentre à l'Hôpital de Bellevue le 3 Juin 1921 en état de rétention aigüe.

Il présente des troubles urinaires légers datant de cinq ans. Rétention depuis dix jours ayant nécessité sept sondages dont trois par le malade.

A l'entrée, vessie à l'ombilic, prostate étalée régulière, de consistance plutôt molle. Bon état général.

Les urines sont légèrement sanglantes. On ne peut faire établir la constante d'Ambard à cause des difficultés du sondage.

Urée dans le sang 0.62 par litre.

Intervention le 6 Juin (opérateur Viannay, aide Gonthier)

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. La vessie étant suffisamment distendue, ce cas prête au procédé de taille vésicale rapide par transfixion décrit par M. Viannay en 1913 (1).

(1). - Ch. Viannay, de la taille vésicale par transfixion appliquée à la prostatectomie sus-pubienne. Congrès français d'urologie 1913.

Coup de poignard. Dès que la vessie est suffisamment vidée d'urine pour permettre d'atteindre commodément la prostate, on énuclée rapidement trois adénomes prostatiques. Un quatrième du volume d'un petit pois et très adhérent s'énuclée plus difficilement et l'intervention se trouve retardée de ce fait. Malgré cela, la durée totale de l'opération est de deux minutes et demie.

Suspension de la muqueuse vésicale à la peau par quatre points de suture au catgut. Tamponnement de la loge prostatique. Tube de Freyer.

8 Juin : Ablation du tamponnement. Mise en place d'une sonde à demeure. Copieux lavage de la vessie à l'eau oxygénée diluée. Ce lavage évacue de nombreux caillots, mais il ne vient pas de sang rouge.

Anesthésie locale des bords de la plaie à l'allocaïne à 1 p. 200.

Suture de la vessie en un plan par trois points au catgut après avoir enlevé les fils de suspension placés le jour de la prostatectomie. Suture de la paroi hypogastrique en un seul plan aux crins de Florence, réunissant la peau et le plan musculo-aponévrotique.

Le soir de l'intervention la température est à 38° 9 tandis que la veille elle était à 39° 2. Le lendemain et le surlendemain elle se maintient à 38° 8. Mais cette température est due à la coprostase. Le 10 on met un suppositoire glycérimé, le malade a une selle abondante et la température descend à 38° et ne remonte le 12 que parce que la sonde s'est bouchée.

La sonde à demeure a dû être changée trois fois en deux semaines après l'obturation, soit par des caillots, soit par le boursoufflement de la gomme.

Après la deuxième obturation, quelques gouttes d'urine ont filtré par la suture.

			HOPITAL DE BELLEVUE																																
Nom	D...	Thomas.	Claus	Salle	J A B	N°	Mois																												
Opér.	Poids	Urines	Chaleur	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28									
				Janv 1921																															
150		3600 3500 3400 3300 3200 3100	39.5																																
140		3600 3500 3400 3300 3200 3100	39.0																																
130		3600 3500 3400 3300 3200 3100	38.5																																
120		3600 3500 3400 3300 3200 3100	38.0																																
110		3600 3500 3400 3300 3200 3100	37.5																																
100		3600 3500 3400 3300 3200 3100	37.0																																
90		3600 3500 3400 3300 3200 3100	36.5																																
80		3600 3500 3400 3300 3200 3100	36.0																																
70		3600 3500 3400 3300 3200 3100	35.5																																
60		3600 3500 3400 3300 3200 3100	35.0																																
50		3600 3500 3400 3300 3200 3100	34.5																																
40		3600 3500 3400 3300 3200 3100	34.0																																
30		3600 3500 3400 3300 3200 3100	33.5																																

[illegible]

18 Juin : Les crins commençant à couper la peau, on les enlève. Les lèvres de la plaie s'écartent un peu mais bourgeonnent activement. Les pansements sont secs.

20 Juin : On change la sonde à demeure pour la troisième fois ; on cautérise au nitrate d'argent la surface bourgeonnante de la plaie hypogastrique dont la surface n'excède pas celle d'une pièce de deux francs. La nouvelle sonde fonctionne correctement et, à partir de ce jour, aucune goutte d'urine ne passe par la plaie hypogastrique.

Le 23 au soir, on renouvelle simplement le pansement de l'hypogastre qui est souillé par les sécrétions de la plaie bourgeonnante.

Le 27 Juin, le malade ayant signalé qu'il émet depuis deux jours, par l'urètre, de l'urine qui passe autour et à l'extérieur de la sonde, on supprime, ce matin, la sonde à demeure.

Le malade urine alors normalement par l'urètre.

La surface bourgeonnante de l'épigastre offre alors les dimensions d'une pièce de un franc. Avant de retirer la sonde, on a fait un lavage de la vessie. Pas une goutte n'est passée par l'épigastre.

Le 1^{er} Juillet, le malade quitte l'hôpital. Sa plaie hypogastrique est à peu près cicatrisée ; on a encore une petite surface bourgeonnante de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

OBSERVATION IV

Docteur VIANNAY. (Inédite).

S..., 61 ans, cultivateur à Bussières, d'une santé robuste, présente depuis quelques mois les petits signes du prostatisme, mais ne s'en est point inquiété. Il se soumet pour la première fois, à un examen médical, le 20 juin 1921, au soir, à l'occasion d'une crise de rétention aigüe, apparue le matin. Le Docteur Mazade, de Roanne, appelé, n'ayant pu réussir le cathétérisme, pratique une ponction hypogastrique de la vessie et adresse le malade à Saint-Etienne, où le Docteur Viannay l'examine, le 21, à 11 heures du matin.

On note : globe vésical dur et tendu, remontant jusqu'à l'ombilic ; prostate volumineuse et bosselée contenant un gros adénome dans chacun de ses lobes latéraux ; température, 38° ; langue rouge, mais humide.

En raison du traumatisme qui a été fait la veille : au niveau de l'urètre prostatique par les tentatives de cathétérisme et au niveau de l'hypogastre par la ponction, M. Viannay estime que la prostatectomie s'impose d'urgence. L'état de distension de la vessie se prêterait à la taille par transfixion ; mais comme la ponction hypogastrique a été faite un peu haute et que le trocart a dû passer près du cul-de-sac péritonéal, comme il y a de ce fait une raison de plus de débrider correctement le trajet du trocart, M. Viannay préfère pratiquer une taille hypogastrique en incisant plan par plan.

Intervention séance tenante, sous éthérisation.

Incision hypogastrique médiane. Après traversée de l'interstice des grands droits, on aperçoit le cul-de-sac péritonéal, qui ne paraît pas avoir été blessé par le trocart. Sous le relief transversal de ce cul-de-sac, on voit sourdre un peu d'urine louche et il y a déjà une infiltration du tissu cellulaire pré-vésical. L'orifice de ponction de la vessie par le trocart apparaît nettement. Partant de cet orifice, on incise

de haut en bas la paroi vésicale antérieure sur une hauteur de quatre centimètres. On laisse la vessie se vider d'urine et l'on procède à la prostatectomie. Enucléation facile de trois adénomes qui siègent l'un à gauche, l'autre à droite du col vésical, le troisième en arrière. Ces adénomes enlevés, il en reste un tout petit, profondément enchassé dans le tissu de la prostate, en arrière de l'urètre. Ce dernier adénome (grain de raisin) est très adhérent et son énucléation demande deux minutes d'efforts.

Suspension de la plaie vésicale à la paroi, par quatre points au catgut placés à raison de deux sur chaque lèvre de l'incision vésicale qu'ils fixent à la lèvre correspondante de l'incision cutanée. On place, sans le serrer, un cinquième point au catgut au niveau de la commissure inférieure de l'incision vésicale: ce point sera serré le jour de la fermeture de la vessie et amorcera le plan de suture vésicale.

Lavage de la vessie à l'eau très chaude. Comme il se produit une hémorrhagie assez abondante, on pratique un tamponnement serré de la loge prostatique et l'on place le tube de Freyer.

Suites assez bonnes; le pansement a été souillé abondamment d'urine un peu teintée de sang. Température: 38° le soir de l'intervention; 38° 3 le lendemain soir.

23 Juin: On pratique ce matin la suture de la vessie et de la paroi hypogastrique, après avoir retiré le tube de Freyer et le tamponnement, et avoir lavé la vessie et placé une sonde à demeure.

Grâce au catgut d'attente mis en place avant-hier sur la commissure inférieure de la plaie vésicale, la suture se trouve considérablement facilitée. On arrive à faire aisément trois plans de suture: un plan vésical (4 points séparés au catgut); un plan musculo-aponévrotique (3 points séparés au catgut); un plan cutané aux crins de Florence.

30 Juin : Jusqu'à hier, la vessie était parfaitement étanche, mais la sonde s'est bouchée et un peu d'urine passe par la suture. On change la sonde.

Les indications de la suture primitive retardée sont plus nombreuses que celles de la suture primitive immédiate, et l'on peut dire que chaque fois que l'on peut faire la prostatectomie en un temps, cette opération peut être suivie de suture primitive retardée de la vessie.

On peut donc, dans le choix des malades, être un peu plus large que pour la suture primitive. D'ailleurs, comme nous le disions plus haut, cette suture primitive retardée doit trouver son indication pour les cas où l'on avait envisagé la suture primitive, mais où une

hémostase insuffisante à empêché la fermeture immédiate. Elle présente l'avantage de permettre le tamponnement de la loge prostatique. Si au bout de quarante-huit heures ou de trois jours, le tamponnement a été efficace, si la loge ne saigne plus, on peut suturer la vessie.

Nos observations ne sont pas nombreuses, mais nous y voyons des urinaires infectés à urine trouble, présentant, le soir et le lendemain de leur prostatectomie, une élévation thermique assez considérable. Le premier malade a eu 38° 5 et le second 39°. Mais la température qui suit l'intervention n'est pas une contre indication à la fermeture de la vessie. En effet, dans les observations, la suture primitive retardée s'accompagne d'une chute très nette de la fièvre, ou, tout au moins, ne fait pas monter la température. Ce fait paraît paradoxal, mais il s'éclaire de ce que nous a appris l'évolution des plaies de guerre. On sait qu'une articulation, une sereuse correctement débarrassée des caillots qui l'encombrent, des projectiles ou des débris de vêtements qui l'ont souillée, s'infecte fatalement quand on la laisse ouverte, tandis qu'elle réunit « per primam » quand on la ferme. D'où la règle de suturer les plaies articulaires, les plaies de tête, les plaies de poitrine. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la vessie des prostatiques, du moins des prostatiques à urine à peu près claire, de ceux chez qui l'on peut pratiquer la prostatectomie en un temps ?

Il n'y a pas lieu, non plus, de craindre d'enfermer dans la plaie des germes capables de donner naissance

à une infection redoutable. Pendant la guerre, on a pu pratiquer la suture primitive retardée de plaies qui n'étaient pas rigoureusement aseptiques, et dont l'examen bactériologique montrait encore trois, quatre ou cinq bactéries par champ. Les microbes, ainsi enfermés, étaient rapidement phagocytés, et la plaie, mise à l'abri de l'infection secondaire, se cicatrisait par seconde intention.

Les seules contre-indications de la suture primitive retardée sont la persistance de l'hémorragie qui nécessiterait des tamponnements renouvelés, ou une infection qui se présenterait avec des caractères de gravité particulière.

La sonde à demeure est suffisante dans cette méthode ; elle l'a été dans les cas que nous rapportons pour assurer le drainage vésical, surtout si l'on prend soin de pratiquer, plusieurs fois dans la journée, des petits lavages vésicaux antiseptiques. On a reproché à la sonde à demeure, après la prostatectomie, d'être la cause d'orchite. Dans aucun des cas que nous avons vus, cette complication ne s'est produite. M. Muller place même une sonde à demeure au premier temps et n'a jamais rencontré non plus cette complication. Il semble donc que ce reproche ne soit pas fondé.

Voici la technique de M. Viannay.

L'intervention se fait en deux temps : en un premier, cystostomie, soit avec le couteau à transfixion, dans les cas où les conditions requises pour l'application de ce procédé se rencontrent, soit incision plan par plan, et énucléation de la masse adénomateuse.

On fixe, par quatre points de suture, chaque lèvre

de la plaie vésicale à la lèvre correspondante de la plaie cutanée. Cette fixation s'oppose au retrait de l'incision vésicale dans la profondeur, empêche l'infiltration uro-hématique de l'espace pré-vésical et facilite beaucoup la suture en permettant le repérage des lèvres de la plaie vésicale que l'on pourrait, sans cette précaution, avoir quelque peine à retrouver, au bout de trois jours, dans une plaie un peu infiltrée.

On pratique un lavage très chaud de la vessie pour assurer l'hémostase. Si, après ce lavage, le suintement sanguin est encore abondant, on tamponne la loge prostatique, mais ce tamponnement n'est point indispensable, et l'on place un tube de Freyer.

Ce premier temps, très court, s'est fait avec une anesthésie locale pour la cystostomie, et une bouffée de chlorure d'éthyle pour l'énucléation.

Au bout de 48 heures, on pratique le 2^e temps : on enlève le tamponnement et le tube de Freyer en l'arrosant abondamment avec de l'eau oxygénée. On vérifie rapidement l'état de la loge au point de vue de l'hémorragie, puis on place une sonde à demeure dans l'urètre, en ayant soin de s'assurer, par le toucher intra-vésical, que l'œil de la sonde se trouve bien dans la vessie et dépasse un peu le col.

On a pu, généralement, faire tout ceci sans anesthésie. On donne alors au malade un peu de chlorure d'éthyle ou une anesthésie locale, et l'on pratique la suture proprement dite en deux plans. Il est impossible, en général, de faire une suture absolument correcte. En effet, comme l'incision date de 48 heures, les tissus avoisinants ont eu le temps de s'infiltrer de

cellules rondes. On fait sauter les points de cystostomie pour libérer les lèvres de l'incision vésicale. Ces lèvres libérées et repérées, on ferme la vessie en un plan en plaçant des points au catgut le plus rapprochés possible. Il faut se contenter d'un seul plan, car il ne serait pas possible de faire une suture en deux plans (un d'affrontement et un d'enfouissement) comme dans la suture primitive qui suit immédiatement la taille. La vessie est très friable et se laisse facilement déchirer par l'aiguille et couper par le catgut. Il faut donc opérer avec précaution.

Puis, on fait un second plan aux crins de Florence. Ce plan affronte les muscles, l'aponévrose et la peau. Entre le plan vésical et le plan pariétal, il est prudent de placer un petit drainage filiforme. Dans les jours qui suivent, il faut surveiller avec plus d'attention encore que pour la suture primitive, la perméabilité de la sonde à demeure, car la suture est plus fragile, parce qu'elle a été faite en tissu enflammé. Le premier jour, on injecte, trois ou quatre fois, quelques centimètres cubes d'eau stérilisée ou d'un mélange antiseptique. Si l'on n'arrivait pas à déboucher la sonde, on la changerait immédiatement.

Il faut surveiller également l'état de la suture. Souvent les crins menacent de couper la peau, et un peu d'urine filtre à leur niveau. On peut enlever au bout de cinq ou six jours ceux qui laissent à désirer, et le reste au bout de douze jours environ. Il est rare que la réunion se fasse absolument correcte, mais si la paroi se sphacèle légèrement, la vessie tient bon et c'est l'essentiel. La plaie bourgeonne rapidement et se cicatrise.

En somme, la qualité des suites opératoires dans les trois observations que nous présentons, fut meilleure que jamais chez la plupart des prostatectomisés.

A vrai dire, la réunion per primam stricte et impeccable n'a pas été obtenue, L'un de ces opérés conservait encore, quatre semaines après la prostatectomie, une petite surface bourgeonnante au milieu de sa cicatrice, mais sa vessie est étanche. Chez l'autre, celui de l'Observation I, un peu d'urine a filtré pendant les premiers jours à travers la ligne des sutures, et après deux mois d'étanchéité de la vessie, une petite fissure hypogastrique s'est rouverte. Quant au troisième, quatorze jours après sa fermeture, il présente une surface bourgeonnante au milieu de sa cicatrice, comme les précédents, mais sa vessie est étanche également.

Le point important, sur ces trois malades, a été, dès le jour de la suture, une mise au sec complète.

A ce point de vue surtout, la suture primitive retardée transforme véritablement les suites opératoires de la prostatectomie. Elle réunit, avec une unanimité, es suffrages des opérés et du personnel soignant.

Ses principaux avantages sont les suivants :

Elle laisse à la prostatectomie sus-pubienne le caractère d'opération rapide qu'elle doit avoir pour être peu shockante ;

Elle garde la vessie ouverte pendant la période où le risque d'hémorragie est le plus grand, et permet, au besoin, le tamponnement de la loge prostatique ;

Elle ferme enfin la vessie, le deuxième ou le troisième jour, sans attendre que se soit produite l'infection secondaire, toujours à craindre, et qui est la cause des hémorragies secondaires chez les prostatectomisés.

II. — La suture primitive retardée après la prostatectomie en deux temps.

OBSERVATION I

Docteur VIANNAY. (Inédite).

L..., Jean, 60 ans, manœuvre à Saint-Etienne, entre à l'hôpital le 21 Juillet 1920, pour rétention d'urine et hématuries.

A l'entrée, il est sondé et l'on trouve une vessie très distendue par de l'urine sanglante. Au toucher rectal, on sent une prostate peu volumineuse, étalée, peu résistante.

On pratique une cystostomie (Docteur Maurel). La vessie étant au repos, les hématuries disparaissent au bout de quelques jours.

Le 30 Septembre, prostatectomie par M. Viannay. Le malade a gardé jusqu'à ce jour une sonde de Pezzer dans sa plaie hypogastrique. Débridement vertical de l'orifice de cystostomie. Le toucher intra-vésical montre la présence en arrière du col vésical d'une tumeur en pain de sucre très haute et très saillante, recouverte d'une muqueuse lisse. Cette tumeur paraît entièrement distincte de deux petits adénomes sous-urétraux qui bordent l'orifice du col et occupent l'un sa lèvre antérieure, l'autre sa lèvre droite.

Cette tumeur étant saisie et attirée avec une pince de Museux, on en commence l'énucléation. On ne trouve un bon plan de clivage qu'après avoir effondré la muqueuse à l'intérieur du col comme les hypertrophies ordinaires de la prostate. La masse adénomateuse vient en entier, y compris les deux petits adénomes, qui forment, avec le gros, un collier complet.

Tamponnement de la loge prostatique. Tube de Freyer.

Le 2 Octobre 1920, on retiré le tamponnement et le tube, et après un abondant lavage de la vessie, on place une sonde à demeure et on pratique la fermeture de la vessie en deux plans : deux points au catgut prenant la vessie seule, et un plan aux crins de Florence prenant la peau et le plan musculo-aponévrotique. Ce dernier plan est difficile à réaliser à la partie moyenne de l'incision qui correspond à l'orifice de cystostomie. Il eut fallu faire l'excision de cet infundibulum.

La suture a manqué partiellement justement au niveau de l'infundibulum qui n'avait pas été excisé. Mais la cicatrisation a néanmoins été obtenue rapidement après fistulisation temporaire de très courte durée.

OBSERVATION II

Docteur VIANNAY. (Inédite).

Ch..., Jean-Baptiste, 67 ans, cultivateur à Saint-Sauveur-en-Rue, entre à l'hôpital le 5 Janvier 1921, pour rétention d'urine.

Comme antécédent, il y a 7 ou 8 ans, aurait eu accident de rétention d'urine aiguë. Depuis plusieurs mois, le malade note de la pollakiurie. Le 1^{er} Janvier, il commence à avoir de la rétention. Malgré tous ses efforts, il n'urinait que quelques grammes d'urine par regorgement. Les urines étaient troubles, légèrement teintées de sang.

Toucher rectal : très volumineuse prostate, reni!ente, également hypertrophiée au niveau de ses différents lobes. Cathétérisme : on passe avec une sonde de Nélaton, sans trop de difficulté.

Le 6 Janvier 1921, intervention ; opérateur : M. Viannay, aide : Piasio.

Taille hypogastrique sous anesthésie locale. Tube de Perier-Guyon.

Le 30 Janvier, les tubes sont remplacés au bout d'une dizaine de jours par une sonde de Pezzer. L'état général s'est considérablement amélioré. La cicatrisation de l'incision de cystostomie est à peu près complète autour de la sonde. Dosage de l'urée dans le sang : 0.42.

1^{er} Février 1921. — On procède au deuxième temps.

Anesthésie générale au chlorure d'Ethyle. Excision de la cicatrice et de l'infundibulum livrant passage à la sonde. Enucléation de deux adénomes prostatiques occupant, l'un le lobe droit, l'autre le lobe gauche.

4 Février 1921. — Suture primitive retardée. Anesthésie au chlorure d'Ethyle. Suture à trois plans : muqueuse vésicale, paroi, peau. Mise en place d'une sonde à demeure n° 21.

Le soir, seringuage de la sonde. On fait passer 20 cmc. à peine, qui ressortent, non par la sonde, mais par la suture. Puis, la sonde se bouche et l'urine sort par la suture. Le 7, on enlève le faisceau de crins et on change la sonde, qui était bouchée. On passe assez facilement l'autre sonde n° 20, qu'on laisse à demeure. Cette sonde est de nouveau obstruée et on ne peut arriver à drainer parfaitement la vessie par une sonde à demeure qu'à partir du 10 Février.

Dès ce moment, la température, qui oscillait entre 38° et 39°, tombe à la normale et la cicatrisation se fait rapidement ainsi que la fermeture, grâce à quelques points qui avaient tenu bon.

Ainsi, comme on le voit par ces deux observations, on a pu faire bénéficier aussi des avantages de la suture primitive retardée, des prostatectomisés en deux temps.

En effet, les contre-indications de la suture primitive retardée que nous avons envisagées jusqu'à présent, sont l'infection, le pus dans les urines et dans la vessie, et le mauvais état général des malades. Mais, si l'on a pu, par une cystostomie, mettre la vessie des prostatiques au repos, rendre leur urine claire par l'antisepsie, et remonter leur état général jusqu'à leur permettre le deuxième temps, c'est-à-dire la prostatectomie proprement dite, on les a placés dans les conditions requises pour la suture primitive retardée.

La technique de l'intervention est la même que celle de la suture primitive retardée après prostatectomie en un temps. Le seul point différent, c'est l'excision de l'infundibulum formée par la cystostomie antérieure. En effet, la vessie, rapprochée de la peau par les points de la cystostomie, s'est unie à elle par une bande de tissu cicatriciel. La réunion sera empêchée par cette bande de tissu ; aussi, est-on obligé de l'exciser.

M. Viannay avait tenté une première suture avec un simple avivement de cet infundibulum. Cela a été insuffisant, et il en est résulté une fistule temporaire, il est vrai.

Dans le second cas, il a opéré de la façon suivante : avant de pratiquer l'énucléation de la prostate, il dut agrandir l'orifice de la cystostomie. Pour cela, il fit

une incision au-dessus et au-dessous de l'orifice plan par plan, surtout à la partie supérieure, à cause de la rencontre possible du cul de sac péritonéal pré-vésical. Puis, il excisa franchement le pourtour de l'infundibulum, à un centimètre environ du bord, de façon à bien enlever tout le tissu cicatriciel. Il pratique alors l'énucléation de la masse adénomateuse et la suture primitive retardée, 48 heures après, dans les mêmes conditions que précédemment.

Il est certain que les résultats ne sont pas comparables à ceux de la suture primitive retardée après prostatectomie en un temps. Peut-être peut-on attribuer cela à ce fait que les malades étaient moins résistants et moins sains que les premiers, puisqu'il fallut les désinfecter par une cystostomie avant de songer à les débarrasser de leur prostate.

Quoiqu'il en soit, dans les deux cas que nous rapportons, les malades ont parfaitement guéri, et plus rapidement que si aucune suture n'avait été tentée.

CHAPITRE III

LA SUTURE SECONDAIRE

OBSERVATION

M. le Professeur TIXIER. (Inédite). — Résumé,

Ch..., Elie-Auguste, 68 ans, à Agnieu (Isère).

Il s'agit d'un prostatique retentionniste, entré dans le service de M. le Professeur Tixier, salle Saint-Philippe, le 13 Octobre 1920, ayant des troubles urinaires légers depuis trois ans, plus accentués depuis un mois, dont des lavages et des cathétérismes journaliers n'avaient pu rendre les urines claires. Cystostomie pratiquée par M. le Prof. Tixier, le 25 Octobre 1920, et prostatectomie, le 13 Novembre, d'après la méthode de Freyer.

Le soir de l'intervention, hémorragie abondante que l'on arrête par un tamponnement très serré. Le 29 Décembre 1920, suture secondaire de la vessie (MM. Murard et Emery). Anesthésie locale à la Scurocaïne.

On referme la fistule vésicale après avoir disséqué, de façon à se trouver en tissu sain.

On dissèque la muqueuse vésicale pour fermer la vessie en deux plans: un plan muqueux et un plan musculaire. Puis, suture des droits et de l'aponévrose. Suture de la peau en laissant un petit drain dans l'espace prévésical.

Sonde à demeure.

15 Janvier. — Suites opératoires: ablation du drain au troisième jour, parce qu'il semble se faire une petite fistule vésicale à ce niveau. Au quatrième jour, ablation d'un crin, deux cuillerées de pus dans le trajet.

Fistule vésicale véritable qui se ferme spontanément au quatorzième jour. Au dix-septième, la plaie se cicatrise, sauf deux minuscules points.

La sonde à demeure est encore laissée en place.

La question des sutures secondaires de la vessie a été étudiée par Pauchet dans un article paru dans la *Presse Médicale* du 27 Décembre 1917.

Pauchet suture systématiquement les vessies treize jours après la prostatectomie. Car, dit-il, si l'on voit des plaies vésicales se cicatriser et se fermer sans suture en 15 ou 18 jours, la grande majorité des opérés perdent de l'urine par la plaie opératoire pendant des mois.

Or, il est inutile d'imposer aux malades une convalescence prolongée qui retarde la miction spontanée

et au bout de 10 à 15 jours quand on n'a pas pratiqué la suture plus tôt, on a intérêt à fermer secondairement la vessie.

Voici résumée la technique préconisée par Pauchet :

Anesthésie locale à la Reclus. Infiltration d'un losange de tissu cellulaire sous-cutané et de muscle à deux ou trois centimètres de la plaie sus-pubienne et injection de la cavité de Retzius pour insensibiliser la vessie.

On pratique alors l'excision du losange cutanéomuqueux. La peau étant reliée à la muqueuse vésicale par un trajet de tissu embryonnaire, le bistouri trace sur la peau un losange dont les côtés sont à un cm. de la plaie et limitent la zone que l'on veut enlever. On sectionne la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose. On écarte les grands droits. On arrive alors sur la paroi vésicale qui est attirée au dehors par le trajet de tissu embryonnaire qui relie la peau à la vessie. On coupe les tissus de la paroi abdominale au ras de la paroi vésicale qui vient peu à peu. Il est d'ailleurs inutile de la dégager partout. Il suffit de la repérer dans la partie supérieure, en bas ; elle est, en général, adhérente au pubis.

Ayant ainsi isolé la vessie, Pauchet place deux points en U non perforants qu'il serre. Puis il fait trois points en 8 qui rapprochent les muscles droits et la peau. Il suture alors la peau par des agrafes de Michel, puis noue ces crins par dessus des compresses en rouleau.

Sonde urétrale à demeure que l'on change tous les deux jours.

Ablation de la sonde, des agrafes et des crins le huitième jour.

Pauchet dit avoir toujours été satisfait de sa méthode.

Nous donnons en tête de ce chapitre une observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le Professeur Tixier qui, pour ne pas suivre exactement la technique de Pauchet, n'en est pas moins concluante.

La suture primitive retardée présente sur la suture primitive immédiate l'avantage de pouvoir être faite chez tous les prostatiques. On peut en effet la pratiquer chez des sujets à urines purulentes tandis que la suture primitive ne s'adresse qu'à ceux chez qui les urines sont peu infectées. De plus, la suture primitive ne peut être faite qu'après l'hémostase de la loge prostatique. Or, cette hémostase est souvent difficile. Elle est plus théorique que pratique. Si l'on attend deux ou trois jours pour fermer la vessie, on pourra donc utiliser le tamponnement en cas d'hémorragie abondante après la prostatectomie. Ces deux avantages, la possibilité de pouvoir tamponner et l'extention à tous les prostatectomisés de la fermeture de la vessie font que la suture primitive retardée présente un avantage considérable sur la suture primitive immédiate.

En un mot, elle est plus générale et plus sûre. La suture primitive ne semble avoir comme avantage que celui de réaliser une étanchéité plus complète que celle obtenue par l'autre méthode. En effet, on peut dans ce cas réaliser une suture correcte de la vessie plan par plan; on opère sur un organe plus souple non infiltré de cellules rondes. Au bout de trois jours en effet, les bords de la plaie vésicale présentent comme tous les tissus dans lesquels se fait un début d'inflammation même aseptique, une infiltration abondante de cellules rondes dont le premier effet est de rendre ces tissus friables. De plus, à ce moment, la vessie est déjà moins accessible. Les muscles sont

contractés et il est difficile de réunir les deux lèvres vésicales par une suture correcte.

A tout considérer, il semble que la suture primitive retardée ait, malgré cet inconvénient, un avantage marqué sur la suture primitive immédiate. Est-il nécessaire d'attendre, ainsi que le veut Pauchet jusqu'au treizième jour pour suturer la vessie, en somme faut-il faire une suture primitive ou une suture secondaire ? Il est évident que dans le cas d'une infection grave de la vessie, on peut être amené à attendre une atténuation de la virulence. Ou bien des hémorragies persistantes peuvent obliger à un tamponnement prolongé de la cavité prostatique. Mais hormis ces cas, il est bien évident qu'il faut faire bénéficier au plus tôt le malade des avantages d'une fermeture. Pourquoi attendre deux semaines avant de mettre le malade au sec, avant de fermer la plaie opératoire à une infection surajoutée venant du dehors ?

Les résultats obtenus après la suture primitive permettent de conclure qu'on pourra presque toujours ne pas attendre le treizième jour avant de fermer les vessies des prostatectomisés.

CONCLUSIONS

1° La suture de la vessie, après la prostatectomie sus-pubienne nous paraît constituer un réel progrès dans la technique des soins consécutifs à cette intervention.

2° Cette suture peut se faire aussi bien après la prostatectomie en un temps qu'après la prostatectomie en deux temps.

3° On peut pratiquer soit la suture primitive à proprement parler, c'est-à-dire fermer la vessie à la fin de l'intervention elle-même ; soit la suture primitive retardée (Viannay) c'est-à-dire fermer la vessie dans un temps

opératoire spécial deux ou trois jours après la prostatectomie; soit la suture secondaire (Paüchet), c'est-à-dire fermer la vessie à la fin de la deuxième semaine.

4° Les avantages de la suture primitive immédiate ou primitive retardée sont les suivants :

a) Améliorer et abrégier la période de cicatrisation de la vessie après la prostatectomie.

(b Rendre beaucoup moins pénible pour les opérés et pour le personnel soignant, la période post-opératoire en mettant les malades au sec.

c) Supprimer les complications les plus redoutables de cette période post-opératoire : l'infection secondaire de la vessie laissée ouverte et l'hémorragie secondaire.

5° Les conditions requises pour pratiquer cette suture précoce sont : l'absence d'infection de la vessie au moment où l'on pratique la prostatectomie et la preuve faite du bon fonctionnement des reins.

6° Sur une série de douze observations de suture, soit primitive immédiate, soit primitive retardée, nous n'avons pas un seul décès à enregistrer et dans ces cas, la qualité des suites opératoires a été incomparablement meilleure que chez les prostatectomisés qu'on laisse cicatriser par seconde intention.

Le Président de la Thèse,
TIXIER.

Vu :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 24 Juin 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

DESNOS et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires. Hypertrophie de la prostate. Réunion immédiate, p. 185. (Oct. Douin. Paris 1909).

MARION. — Technique Chirurgicale. Tome II. Prostatectomie hypogastrique, p. 825. (Maloine et Fils 1917).

LEGUEU. — Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre et réunion par M. Pierre Duval. Rapport par M. F. Legueu à la Société de Chirurgie. Séance du 4 Juillet 1906 et Séance du 14 Novembre 1906.

— Cliniques de Necker. — L'adénome prostatique, p. 227 à 315. (Maloine et Fils 1917).

MAUREL. — Prostatectomie transvésicale à ciel ouvert avec hémostase de la cavité prostatique et suture primitive de la vessie et de la paroi. Trois cas, trois guérisons par première intention. (Loire Médicale, 15 Septembre 1920, p. 402).

PAUCHET. — Prostatectomie. Fermeture systématique de la plaie sus-pubienne. (Presse Médicale, 27 Décembre 1917, p. 729).

VIANNAY (Ch). — De la taille vésicale par transfixion appliquée à la prostatectomie sus-pubienne. Congrès Français d'Urologie 1913.

— De la suture primitive retardée après la prostatectomie sus-pubienne en un temps. (Loire Médicale, 15 Octobre 1913, p. 415).
